



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen N.V.
Univé Zorg te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), aantal
toegekende uren

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en
2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv

Zaaknummer : 201900761

Zittingsdatum : 23 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)
1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen



N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 19 maart 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.



2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 22 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 23 augustus 2019 aan verzoekster gezonden.



2.3. Bij brief van 18 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019043104) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 19 september 2019 aan partijen gestuurd.



2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.



2.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 oktober 2019 afschriften gestuurd van de gespreksverslagen met de indicierend wijkverpleegkundige.



2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 25 oktober 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 12 november 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.



2.7. Bij brief van 25 november 2019 heeft de zorgverzekeraar op het definitief advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift hiervan is op 26 november 2019 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster is vanaf 2017 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering).



3.2. Op 6 november 2017 is ten behoeve van verzoekster een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) aangevraagd. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 4 januari 2018 meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 16 uren Persoonlijke Verzorging per week, met een budget van totaal € 3.995,43.



3.3. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van het toegekende budget, en heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 oktober 2018 en 28 januari 2019 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar van 6 november 2017 over verzoekster verklaard: *"hartproblemen: werkt nog voor 50%. Osteoporose: vervanging heupen op korte termijn. Mamacarcinoom, operatief verwijderd, controle elk half jaar, medicatie pijn: door osteoporose en carcinoom. Tremors hals: door lyrica gebruik. Hernia: mw is 5x geopereerd. Psychische problemen: rouwverwerking overlijden dochter, ziekteproces mamacarcinoom. (...) Alle dagelijkse activiteiten. Mw draagt een brace voor de rug en een kous voor de arm (vanwege lymfe verwijdering). Mw. wordt bij alle dagelijkse activiteiten geholpen door de echtgenoot. Mw. is [niet] in staat dit (...) zelfstandig te doen vanwege de pijn en valgevaar en stijfheid van de spieren. (...) Hulp bij ADL, zowel in de ochtend als avond, douchen, afdrogen, aankleden, omkleden 's avonds (...) Maaltijden. Mw. is niet in staat om zelfstandig de maaltijden te bereiden vanwege de pijn en de stijfheid (...) Toiletgang. De echtgenoot helpt mw. bij toiletgang, vanwege valgevaar en hartproblemen. Dit gebeur[t] [ge]durende de dag en nacht. (...) vallen: Echtgenoot is gedurende de hele dag bij mw. vanwege valgevaar en psychische situatie mw. (...)".*

De wijkverpleegkundige heeft voor de periode van 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2022 een indicatie gesteld van 38,5 uren Persoonlijke Verzorging per week (2310 minuten). De zorgverzekeraar heeft deze periode beperkt tot 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2018.

3.5. Bij brief van 18 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Het geschil betreft twee indicaties. De indicierend wijkverpleegkundige heeft voor de periode van 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2022 een indicatie gesteld van 38 uur en 30 minuten persoonlijke verzorging per week. Verweerder heeft deze periode beperkt tot 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2018. Voor de periode van 17 oktober 2018 tot en met 16 oktober 2019 heeft de indicierend wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie gesteld van 28 uur persoonlijke verzorging per week.

Het dossier bevat geen enkele informatie met betrekking tot de indicatie van 17 oktober 2018 tot en met 16 oktober 2019, derhalve heeft het advies van het Zorginstituut alleen betrekking op de indicatie die gesteld is voor de periode van 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2018. Het Zorginstituut kan geen advies geven over de PGB aanvraag voor de periode van 17 oktober 2018 tot en met 16 oktober 2019. (...)

Het dossier bevat geen medische informatie. Wel is de verpleegkundige PGB aanvraag in het dossier aanwezig. Een zorgplan waarin de geïndiceerde zorg wordt onderbouwd ontbreekt. Verweerder heeft een PGB toegekend van 16 uren persoonlijke verzorging per week. Uit de brief d.d. 22 augustus 2019 blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren. De indicierend wijkverpleegkundige is bekend met de situatie van verzoekster en het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg te onderbouwen. Aangezien de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren is de geneeskundige context voor deze zorg niet meer onderbouwd. (...)"

3.6. In de procedure bij de commissie is verder het volgende komen vast te staan:

- Van de gestelde indicatie van 38,5 uren Persoonlijke Verzorging per week (2310 minuten) over de periode van 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2018 heeft de zorgverzekeraar 16 uren Persoonlijke Verzorging per week toegekend;
- de wijkverpleegkundige heeft een nieuwe indicatie gesteld van 28 uren Persoonlijke Verzorging per week (1680 minuten) over de periode van 17 oktober 2018 tot en met 16 oktober 2019, waarvan de zorgverzekeraar 12 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week heeft toegekend;
- verzoekster heeft de zorgverzekeraar een schikkingsvoorstel gedaan, waarbij met betrekking tot de periode van de eerste indicatie 28 uren Persoonlijke Verzorging per week worden toegekend, en met betrekking tot de periode van de tweede indicatie 24 uren Persoonlijke Verzorging per week. De zorgverzekeraar heeft niet ingestemd met dit voorstel;

- Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster meegedeeld dat het geschil alleen betrekking heeft op de periode van 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2018.

3.7. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 12 november 2019 over verzoekster verklaard:

"Uit de nagezonden stukken blijkt dat de indicerend wijkverpleegkundige niet akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren (38 uur en 30 minuten verzorging per week) naar 16 uur verzorging per week. De indicerend wijkverpleegkundige heeft volgens verweerder ingestemd met de verlaging van de ADL-zorg in de ochtend van 90 minuten naar 75 minuten. Uit een email van de wijkverpleegkundige blijkt dat zij heeft ingestemd met een verlaging naar 28 uur verzorging per week. Verweerder voert aan dat de zorg rondom de maaltijden, toiletgang en medicatie niet onder de Zvw valt. Daarom heeft verweerder deze uren niet toegekend. (...)

Nu de aanpassing van het aantal geïndiceerde uren niet in overleg is gegaan met de indicerend wijkverpleegkundige dient beoordeeld te worden op welke zorg verzoekster aanspraak kan maken. Het doen van boodschappen is nooit 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en valt niet onder de Zvw. De zorg rondom het bereiden van maaltijden is slechts in zeer beperkte gevallen zorg die kan vallen onder de Zvw. De gezondheidsrisico's die daarvoor noodzakelijk zijn lijken te ontbreken in deze casus.

Met betrekking tot het 'valgevaar' kan het volgende worden opgemerkt. Uit de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden opgemaakt dat het 'valgevaar' gerelateerd is aan een aandoening. Het is wel mogelijk dat er een relatie is met een van de aandoeningen van verzoekster. Daarom kan niet beoordeeld worden of sprake is van een geneeskundige context voor hulp bij de toiletgang. Gelet op de vraag van de commissie merkt het Zorginstituut op dat het ook niet mogelijk is om in het algemeen aan te geven of 'valgevaar' een geneeskundige context is voor hulp bij de toiletgang. Dat hangt af van de omstandigheden van het geval. Ook de ADL zorg kan voor vergoeding in aanmerking komen mits er sprake is van een geneeskundige context. De beschikbare informatie in het dossier geeft onvoldoende inzicht om vast te stellen of er in de situatie van verzoekster sprake is van zorg die onder de Zvw valt.

Conclusie

Een deel van de geïndiceerde zorg kan 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' zijn indien er sprake is van een geneeskundige context. De zorg rondom het bereiden van maaltijden en het doen van boodschappen is geen 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. (...)

Gelet op het bovenstaande adviseert het Zorginstituut het verzoek af te wijzen voor zover dat ziet op de zorg rondom het bereiden van maaltijden en het doen van boodschappen. Met betrekking tot de overige geïndiceerde zorg kan het Zorginstituut geen advies geven. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de zorgverzekeraar haar een PGB vv van 38,5 uren Persoonlijke Verzorging per week moet toekennen voor de periode van 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2018;
- (ii) als dit niet wordt toegekend, verzoekster recht heeft op 28 uren Persoonlijke Verzorging per week voor de betreffende periode, dan wel ten minste 22 uren en 45 minuten per week als hulp rondom de maaltijden geen Zvw-zorg is.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

 6. Beoordeling

-  6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
-  6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018' van de zorgverzekeraar (hierna: het reglement). Wat hen verdeeld houdt, is de hoogte van het toegekende budget.
-  6.3. Door de zorgverzekeraar is voor de periode van 17 oktober 2017 tot en met 16 oktober 2018 aan verzoekster een PGB vv toegekend op basis van 16 uren Persoonlijke Verzorging per week. Aangevraagd waren 38,5 uren per week. De zorgverzekeraar heeft als reden voor de lagere toekenning gegeven dat de indicatie zorg omvat die niet is verzekerd onder de Zvw en daarom niet ten laste van het PGB vv kan worden gebracht. De zorgverzekeraar heeft zich hierbij gebaseerd op artikel 5, achtste lid, van het reglement. In dit artikel is bepaald dat het kan voorkomen dat zorg is geïndiceerd die naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet onder de aanspraak Verpleging of Persoonlijke Verzorging valt of niet doelmatig is. De toekenning kan dan lager zijn dan het aantal uren van de indicatie.
-  6.4. Het artikel bepaalt verder dat de zorgverzekeraar moet motiveren waarom wordt afgeweken van de indicatie. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat het bereiden van maaltijden, het doen van boodschappen, het begeleiden naar het toilet, het aanreiken van medicatie, en de begeleiding tijdens rustmomenten geen zorg is op grond van de Zvw. Verder is volgens de zorgverzekeraar sprake van hulpmiddelen die eerst moeten worden geprobeerd om de zelfstandigheid van verzoekster te vergroten. Gedacht kan worden aan beugels in het toilet, de inzet van een po-stoel en het gebruik van een baxterrol voor de medicatie.
-  6.5. Verzoekster erkent dat het bereiden van maaltijden niet ten laste van de Zvw kan komen, maar is van mening dat dit haar erg laat door de zorgverzekeraar is meegedeeld. Daarom had zij niet meer de mogelijkheid deze zorg met een beroep op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bij de gemeente aan te vragen. Over de hulp bij de toiletgang merkt zij op dat deze zorg wél onder de Zvw valt. Dit blijkt uit de 'Informatiekaart afbakening Wmo 2015 en wijkverpleging' van het Ministerie van VWS. In het toilet bevinden zich reeds beugels, en de inzet van een po-stoel zal alleen leiden tot het verplaatsen van zorg. Verzoekster moet ook hiernaar worden begeleid, en de stoel zal vervolgens moeten worden schoongemaakt.
-  6.6. De commissie overweegt dat de indicatiestelling van 38,5 uren Persoonlijke Verzorging per week hoe dan ook niet in stand kan blijven. Verzoekster heeft immers erkend dat de hierop vermelde zorg voor de bereiding van maaltijden en het houden van rustmomenten niet valt onder de Zvw. Hetzelfde geldt voor het doen van boodschappen. Dit betreft Begeleiding en kan daarom niet ten laste van het PGB vv komen. Hulp bij de toiletgang en het aanreiken van medicatie kunnen echter wél onder de Zvw vallen en kunnen daarmee ten laste van het PGB vv komen. Kennelijk gebruikt verzoekster reeds andere voorliggende voorzieningen, zoals beugels in het toilet. Verzoekster heeft echter geen zorgplan overgelegd waaruit blijkt hoeveel minuten zorg voor elk onderdeel de wijkverpleegkundige heeft geïndiceerd. Het is aan verzoekster aannemelijk te maken dat zij aanspraak heeft op zorg ten laste van de zorgverzekering. Nu zij hierin niet is geslaagd, heeft zij geen aanspraak op een hoger aantal uren PGB vv dan haar door de ziektekostenverzekeraar is toegekend.
-  6.7. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar haar zijn beslissing te laat heeft meegedeeld. Hierdoor kon zij de zorg niet meer bij de gemeente aanvragen in het kader van de Wmo. De commissie merkt op dat het op de weg van verzoekster lag op tijd een aanvraag bij de gemeente in

 te dienen. De Wmo moet worden beschouwd als een voorliggende voorziening. Dit volgt uit artikel 2.1, eerste lid, Bw. Eventuele schade die zij hierdoor lijdt komt dan ook voor haar rekening.

6.8. Dit leidt tot de volgende beslissing.

 7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 4 december 2019,

 J.A.M. Strens-Meulemeester

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 12, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van:

- BewuZt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.2 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
 - a. Onder zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij ons;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a. u hebt zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u hebt binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - f. u hebt surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren;

4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, danwel zullen wij aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

Artikel 4. Weigeringsgronden

U ontvangt in ieder geval geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rehtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een (telefonisch) "bewust-keuze gesprek" dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het bewust-keuzegesprek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. u koopt zorg in bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1^e of 2^e graad);
7. u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig hebt voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rehtens ontnomen;
 - d. heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnr) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 - g. verleent de hulp tegen betaling. (Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw Zvw-pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger).
9. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg, zoals vastgesteld wordt door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons pgb-formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken.
Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.3. en 5.4) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen.
Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u maximaal 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een bewust- keuzegesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in dit reglement, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
3.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld middels het Medisch Kindzorg-systeem (MKS) door een hbo-kinderverpleegkundige die werkzaam is bij een bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) en/of Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) aangesloten zorgverlener.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren om te bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. Ook bij het beoordelen van uw aanvraag hanteren wij de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg.
5. Als er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u hiervoor geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
9. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse-linge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleven bent in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of Wlz., danwel in een voorziening voor eerstelijnsverblijf (ELV), kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd.
Verblijft/verbleef u langer dan drie maanden in een instelling of een voorziening voor ELV en wilt u opnieuw gebruikmaken van een Zvw-pgb? Dan moet u een nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb indienen.
11. Bij indicatiestellingen waarbij (gedeeltelijk) andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag van een Zvw-pgb voor die andere zorg afwijzen. De beslissing of de indicatie verzekerde zorg in de zin van de Zvw. betreft en de beslissing over toekenning van het Zvw-pgb blijft onze verantwoordelijkheid.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding. Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan hebt u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 28).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als u een kindwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie hebt. U hebt ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. U hebt recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- twintig-weeken echo (SEO):
met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan hebt u recht op prenatale diagnostiek.

Hebt u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie hebt, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.